

Zorg aan mensen met een open been

Auteur: H. Fransen, H.P. van 't Hoog
Vertaald/bijgewerkt:
Nieuwsbrief: 1988
Pagina: 7-22
Jaargang: 4
Nummer: 3
Toestemming:
Illustraties:
Bijzonderheden:
Kernwoorden: ulcus cruris protocol thuiszorg transmuraal
Literatuur:

In dit artikel wordt u informatie gegeven over het project 'Zorg aan mensen met een open been'. Het innovatieproject richt zich op concrete vernieuwingen van zorg. Met behoud of verbetering van kwaliteit proberen we zorg (en waar nodig middelen) te verschuiven. Via een projectmatige aanpak willen we vaak starre grenzen van werkvelden, instanties en (semi)-overheidsbeleid doorbreken. Het IP werkt vanuit een positie tussen wensen van bovenaf ('top-down') en wensen vanuit de praktijk ('bottom-up'). Het IP heeft een eigen werkstijl (methodiek) waarin inspirerende ervaringen met innovatie in het bedrijfsleven verbonden worden met elementen die in het zorgcircuit speciale aandacht vergen. Achtereenvolgens wordt beschreven de ontwikkeling in 2 regio, het ontstaan en de wijze waarop de evaluatie van het project zal plaatsvinden. Het project streeft ernaar om bij mensen met een open been - de kwaliteit van de behandeling en verzorging te verbeteren; - daar waar mogelijk deze behandeling in de thuissituatie te laten plaatsvinden; - de samenwerking tussen hulpverleners te stimuleren door het gebruik van één medisch en verpleegkundig protocol. De volgende onderwerpen komen aan de orde: - Het ontstaan van het project; de aanleiding en de voorgeschiedenis; - Het project in de praktijk: het uitproberen van het protocol in twee Amsterdamse regio; - In het kort de eerste bevindingen uit de evaluatie; - Beschrijving van taken en taakverdeling die bij de samenwerking tussen hulpverleners in dit kader van belang is; - Beschrijving van een stappenplan wat dienst kan doen bij het opzetten van een soortgelijk project; - Beschrijving van het protocol en een schema van dit protocol; - Namen van de betrokkenen bij de projectorganisatie.

WAAROM 'OPEN BENEN' ALS PROJECT?

In de loop van 1985 werd door het ZAO (Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken) het plan 'opnemingsindicatie' aangedragen. De achtergrond daarvan was, dat er bij verschillende, veel voorkomende aandoeningen veel ligdagen worden gemaakt, die slechts ten dele nodig zijn. De vraagstelling van het ZAO aan het innovatieproject luidde: 'Is het, met als doel verbetering van kwaliteit en/of verlaging van kosten, mogelijk veranderingen aan te brengen in bestaande zorg- en behandelpatronen voor aandoeningen die gepaard gaan met een groot aantal ligdagen in het ziekenhuis.'

Deze aanmelding vond plaats in de ontwikkeling- en wordingsfase van het IP.

Uit de aandoeningen die in het plan genoemd werden is de diagnose Ulcus Cruris gekozen. Redenen hiervoor:

- aandoening is goed te diagnosticeren;
- er heerst veel onvrede over de huidige behandeling;
- er bestaan nauwelijks werkafspraken tussen de eerste- en tweedelij;
- redelijke consensus bij deskundigen over wat de beste behandeling is.

Het project diende als voorbeeld om te onderzoeken of er inderdaad verschuiving van zorg plaats vindt en of er later soortgelijke experimenten ontwikkeld kunnen worden.

Protocolontwerp

Rond het AMC zijn op initiatief van het innovatieproject enthousiaste hulpverleners met elkaar gaan praten over de aanpak, inhoud en evaluatie van het project. De werkgroep bestond uit enkele huisartsen, wijkverpleegkundigen, medewerk(st)ers van het ZAO, medewerkers van de polikliniek Dermatologie en een dermatoloog.

Er bleek ook onder hen geen éénduidigheid over een juiste behandeling te bestaan.

Hierdoor ontstond het idee om de beste behandeling in één medisch én verpleegkundig protocol vast te leggen.

Natuurlijk zijn de elementen als samenwerking, afstemming en deskundigheid belangrijk, maar de werkgroep richtte zich vooral op de protocolontwikkeling.

Een ontwerpprotocol is voorgelegd aan diverse hulpverleners in zowel de eerste- als de tweelij in Amsterdam. De reacties erop werden door de werkgroep verwerkt en in mei 1987 werd het protocol aan de hulpverleners (tevens deelnemers) in de ZOL uitgereikt. Duidelijk was dat het protocol inderdaad in de behoefte voorzag om meer houvast voor de behandeling te hebben.

WIE HEBBEN ER MEEGEDAAN?

De Zuidoostlob

Wijkverpleegkundigen en huisartsen uit de Zuidoostlob van Amsterdam hebben op 27 november 1985 informatie gekregen over de goede behandelingsmogelijkheden in de eerstelijns van mensen met een open been. Deze bijeenkomst werd in het Academisch Medisch Centrum (AMC) georganiseerd. Het was de eerste presentatie van het protocol voor de behandeling van mensen met deze aandoening.

De eerstelijns(st)ers reageerden enthousiast:

“Eindelijk hebben we een goed houvast voor de behandeling; tot nu toe is het toch veel modderen geweest.”

Onder de hoede van het IP is het protocol gedurende anderhalf jaar uitgeprobeerd in de praktijk van dit gebied.

Deelnemers aan het project daar zijn geweest:

- de patiënten
- de wijkverpleegkundigen

- de huisartsen
- de polikliniek Dermatologie van het AMC.

Allen hebben hun handelingen en ervaringen nauwkeurig geregistreerd, o.a. via logboeken. Inmiddels blijkt dat het aantal verwijzingen naar het AMC drastisch is teruggelopen en dat de wijkverpleegkundigen en de huisartsen het protocol met succes hebben toegepast. Eén van de pijlers van het protocol is de ambulante compressietherapie. Deze verbandtechniek is door medewerk(st)ers van de polikliniek tijdens bijeenkomsten gedemonstreerd.

De wijkverpleegkundigen konden er toen ook mee oefenen. De polikliniek Dermatologie heeft de gelegenheid geboden om mee te lopen tijdens de ‘benen’ spreekuren. De bijeenkomsten ter bevordering van deskundigheid zijn ook in enkele verzorgingshuizen georganiseerd.

Amsterdam West

Het protocol bleek in de praktijk goed te voldoen. Er heeft in de regio Nieuw West van Amsterdam een tweede proef genomen.

In deze regio staan drie ziekenhuizen die ieder op hun eigen wijze mensen met een open been behandelen.

Ook hier was de eerstelijns meteen enthousiast over het protocol.

De wijkverpleegkundigen hadden al laten weten er mee te willen gaan werken.

Wil het protocol goed werken, dan is het wel nodig dat ook de tweedelijns zich erachter stelt.

Het was spannend om de drie ziekenhuizen op één lijn te krijgen, maar na ampele discussie is dat gelukt.

Het resultaat is dat bij verwijzing van een patiënt naar de eerstelijns (ook voor een éénmalig consult) het advies van de tweedelijns volgens het protocol is.

De ambulante compressietherapie met de kort-reks zwachtels wordt steeds toegepast.

Gedurende zes maanden is het protocol onder de hoede van het IP in de praktijk van deze regio getoetst.

Deelnemers aan het project zijn geweest:

- de patiënten
- de wijkverpleegkundigen
- de huisartsen
- de poli's chirurgie van het Lucas- en het Slotervaartziekenhuis
- de poli Dermatologie van het Andreasziekenhuis.

Van alle patiënten die in deze periode werden behandeld zijn logboeken bijgehouden.

Tezamen met de gegevens uit de ZOL worden ze nader bestudeerd.

In deze regio heeft de organisatie van een goede deskundigheidsbevordering op de voorgrond gestaan. In elke basiseenheid is er gedemonstreerd en geoefend, evenals in de drie ziekenhuizen. De opkomst was zeer wisselend, maar uiteindelijk groot.

Op één middag waren er bijv. 40 hulpverleners! Twee wijkverpleegkundigen hebben het leeuwendeel van de instructie gedaan.

Met succes hebben de wijkverpleegkundigen samen met de huisartsen het protocol toegepast. Er zijn nauwelijks verwijzingen naar de tweedelijns geweest.

De grootste rol in de behandeling en verzorging is door de wijkverpleegkundige, soms de

praktijkassistent vervult. De huisarts stelde de diagnose en werd in de meeste gevallen opnieuw geraadpleegd als het niet goed ging. Voor beide regio geldt dat het protocol nog steeds wordt toegepast, ook al is de registratie in het kader van het project gestopt.

HOE IS HET WERKEN MET HET PROTOCOL BEVALLEN?

Enkele bevindingen uit de evaluatie.

Het evaluatieonderzoek bij dit project richt zich op de vraag in welke mate de ontwikkeling en invoering van een geïntegreerd medisch en verpleegkundig protocol bijdraagt tot een verbetering in de samenwerking tussen de hulpverleners in de eerstelijns en tussen hulpverleners van de eerste- en tweedelijns, waardoor:

- de kwaliteit van de behandeling van mensen met een open been in de eerste lijn wordt verbeterd;
- er een verschuiving van zorg van de tweede- naar de eerstelijns ontstaat, ook in 'kosten'.

Het is te verwachten dat de uitkomst van de evaluatie een reëel beeld zal geven van de toepasbaarheid van het protocol in de rest van Amsterdam, en mogelijk daarbuiten. De verwerking van de gegevens is in volle gang. Een volledige analyse is pas in september 1988 te geven.

Wel volgen hier enkele van de eerste bevindingen en indrukken.

De deelnemende hulpverleners zijn over het algemeen enthousiast over het protocol en het werken ermee.

De wijkverpleegkundigen hebben de belangrijkste rol in de behandeling, zo blijkt uit de logboeken. In enkele gevallen heeft de praktijkassistente deze rol, afhankelijk van de organisatie van de huisartsenpraktijk.

De ziekenhuizen, vooral in Nieuw West, waren wat argwanend over de deskundigheid in de eerstelijns. Die is voor wat betreft het ulcus cruris weggenomen.

De patiënten zijn ook weer te spreken: 'Het zijn bekenden die me thuis of in het wijkgebouw helpen; ik hoef niet meer naar de polikliniek. 'Een groot gedeelte van de geïnterviewde patiënten wil bij een volgende keer weer door de wijkverpleegkundige en huisarts worden behandeld.

Over het werken met het protocol zijn zowel de eerste- als de tweedelijns tevreden. Nu is de behandelingsduur in de eerstelijns gelijk aan die van de tweedelijns (nl. 12 à 16 behandelingen in 2 à 3 maanden) . Tweedelijns zijn ook goed te spreken over de behandeling van patiënten in de eerstelijns die voor een consult of verwijzing komen. Meestal wordt de in gang gezette behandeling gewoon voortgezet en wordt er aanvullend diagnostisch onderzoek gedaan.

Het protocol heeft de samenwerking in de eerstelijns niet expliciet gestimuleerd. Wel lijkt het de discussie te vergemakkelijken, omdat de huisartsen en de wijkverpleegkundigen hetzelfde protocol hanteren. Een voorzichtige constatering is, dat het protocol goed kan worden toegepast als er een samenwerkingsbasis is en als de hulpverleners het protocol als uitgangspunt accepteren.

Met de ziekenhuizen is de samenwerking vooral op verpleegkundig gebied verbeterd.

Het is tot nu toe ongebruikelijk dat wijkverpleegkundigen hun collega's op de poli bellen. De

advies- en consultatiemogelijkheid blijkt in de praktijk goed aan te slaan. Vooral naar het AMC is (en wordt) er veel gebeld. Zeker iets om verder te stimuleren. Gedurende het project is de behandeling geregistreerd van 110 patiënten uit de beide regio's samen.

Een klein gedeelte werd naar de tweedelij n verwezen; 90% kon met succes thuis behandeld worden. Pas als het protocol in de hele stad werkt is te verwachten dat de poli's minder patiënten verwezen zullen krijgen.

WAT DOET WELKE HULPVERLENER, EN WAT DOEN ZE SAMEN?

Het protocol geeft de beschrijving van de behandeling voor alle hulpverleners.

Een taakverdeling tussen de huisarts en wijkverpleegkundige en tussen de eerste- en de tweedelij n ziet er globaal als volgt uit.

De huisarts is in de meeste gevallen het eerste contact met de patiënt én:

- stelt na onderzoek de diagnose;
 - stelt in overleg met de wijkverpleegkundige en patiënt een behandelplan op;
 - stelt na 14 dagen samen met de wijkverpleegkundige vast hoe de behandeling verder gaat (bijv. kweek al dan niet afnemen; consultatie tweedelij n);
 - stelt in overleg met de wijkverpleegkundige vast op welk volgend moment zij samen de behandeling evalueren (bijv. na 2 maanden) ;
 - kan op verzoek van de patiënt en/of de wijkverpleegkundige om raad gevraagd worden;
 - zal de patiënt voorlichting geven
 - * over het ontstaan van een Ulcus
 - * over de noodzaak tot deze behandeling
 - * over het voorkomen ervan;
 - zal in verhouding met de wijkverpleegkundige een geringer aandeel in de behandeling hebben;
 - kan de tweedelij n telefonisch consulteren of de patiënt insturen' voor een éénmalig consult.
- De wijkverpleegkundige zal in de meeste gevallen op verzoek van de huisarts in contact treden met de patiënt en (heeft de wijkverpleegkundige wel het 1e contact dan verwijst zij/hij altijd naar de huisarts voor het stellen van de diagnose) :
- stelt dan in overleg met de huisarts en patiënt een behandelplan op;
 - stelt na 14 dagen samen met de huisarts vast hoe de behandeling verder gaat (bijv. kweek al dan niet afnemen; consultatie tweedelij n) ;
 - stelt in overleg met de huisarts vast op welk volgend moment zij samen de behandeling evalueren (bijv. na 2 maanden) ;
 - kan op verzoek van en in overleg met de patiënt de huisarts om raad vragen;
 - zal het grootste aandeel in de behandeling hebben;
 - zal de patiënt aanvullende voorlichting geven
 - * over het ontstaan van een Ulcus
 - * over de noodzaak tot deze behandeling
 - * over het voorkomen ervan;
 - zal de algehele conditie van de patiënt erbij betrekken;
 - zorgt dat zij/hij de zwachteltechniek beheerst: maakt gebruik van de bijscholingsmogelijkheden;
 - kan in de tweedelij n advies vragen.

Zoals gezegd zijn het in sommige huisartsenpraktijken de assistentes die verbinden. Zij nemen dan de rol van de wijkverpleegkundigen zoals hierboven beschreven over.

De medewerk(st)ers en/of de specialist op de polikliniek zal in de meeste gevallen pas contact hebben met de patiënt als:

- de wijkverpleegkundige via de huisarts, of de huisarts zelf om een consult vraagt;
- de wijkverpleegkundige via de huisarts, of de huisarts zelf verzoekt de behandeling over te nemen;
- de patiënt aangeeft advies van de tweedelijns te wensen dan wel door de tweedelijns behandeld te worden.

In samenwerking met de eerstelijns kan de specialist:

- in overleg met de medewerk(st)ers van de polikliniek patiënten met goed behandelbare ulcera naar de huisarts en de wijkverpleegkundige verwijzen;
- de huisarts en de wijkverpleegkundige telefonisch adviseren;
- de patiënt na een éénmalig polikliniek bezoek door de eerstelijns verder laten behandelen;
- in samenspraak met de huisarts en de wijkverpleegkundige een behandelplan opstellen (bijv. 1x per maand op de polikliniek en 3x thuis verbinden);
- de patiënt volgens het protocol laten verbinden (dus in principe zwachtelen met kort-reks zwachtels).

Algemeen kan gesteld worden dat de patiënt zoveel mogelijk thuis behandeld zal worden. Belangrijk onderdeel van het genezingsproces is voldoende lichaamsbeweging. Het is wenselijk de patiënt naar het wijkgebouw of de praktijk te laten komen voor behandeling en verband wisselen.

Genoemde taakverdeling is globaal; voor uw eigen situatie is het nodig goede afspraken te maken tussen de betrokken hulpverleners bij de behandeling van uw patiënt.

HOE VOER JE HET PROTOCOL IN?

Het lezen van dit artikel en het bekijken van het protocol kan voldoende lijken om het overal in te voeren. Toch komt er meer bij kijken.

Er moet aan enkele essentiële voorwaarden worden voldaan voordat ermee gewerkt kan worden.

Stapsgewijs staan hieronder de aanwijzingen die in de organisatie een belangrijke rol spelen.

1. Zorg er voor dat er wijkverpleegkundigen, huisartsen en één of meerdere ziekenhuizen enthousiast zijn en ermee aan de gang willen.
2. Bepaal wie de motor of organisator is van uw project (matige aanpak). Dat kunt u ook zelf zijn.
3. Maak een plan van aanpak en beschrijf daarin:
 - De verbetering van de behandeling van Ulcus Cruris.
 - De deelnemers:
 - * de patiënten
 - * de wijkverpleegkundigen
 - * de huisartsen
 - * de polikliniek
 - * eventueel anderen
 - De deskundigheidsbevordering.
 - De samenwerkingsafspraken.
4. Vraag indien nodig toestemming en instemming van uw werkgever! Probeer of u tijd vrij

maken kunt om deze werken met het protocol te laten beginnen.

5. Bepaal met de deelnemers hoe het protocol gebruikt en toegepast gaat worden en informeer de plaatselijke apotheken hierover.

6. Maak goede samenwerkingsafspraken zowel in de eerstelijns als tussen de eerste- en tweedelijns.

7. Zorg er voor dat de eenmalige consultatie in de afspraken wordt opgenomen.

8. Maak een lijst van namen en telefoonnummers van de betrokkenen, zodat u weet wie waar te bereiken is.

9. Organiseer bijeenkomsten waarop de deelnemers uitleg krijgen over het protocol en kunnen oefenen met de zwachteltechniek.

10. Zorg voor een aanspreekbaar persoon die gebeld kan worden indien nodig, zeker tijdens de invoering.

11. Evalueer na enkele maanden in hoeverre het protocol en de samenwerkingsafspraken ook werkelijk voldoen. Leg zonodig een gerichte registratie aan.

12. Regel de deskundigheidsbevordering voor de toekomst. Wie of welke instantie organiseert een bijscholing.

13. Sluit uw project af als het protocol in de praktijk blijkt te voldoen en het werken ermee geïntegreerd is in ieders praktijk.

PROTOCOL

Behandeling van mensen met een open been (Ulcus Cruris).

Inleiding

Onder een Ulcus Cruris verstaan we een onderbeenzweer op basis van één of andere vorm van chronische stuwung met veneuze hypertensie.

De werkwijze die in het protocol staat, zal in het algemeen gevolgd worden als er sprake is van een onderbeenzweer (Ulcus Cruris). Bij een onbetekenende wond waarvan spontane genezing te verwachten valt, kan twee weken worden afgewacht voordat de patiënt in het protocol wordt opgenomen.

In het protocol wordt de behandeling uitvoerig beschreven, evenals de epidemiologie en de patiofysiologie. De schematische weergave vindt u op blz. 13.

Het aanleggen van de ambulante compressie en wat u daarbij nodig hebt wordt daar ook beschreven.

Chronische veneuze hypertensie is een aandoening die bij 1 à 2% van de bevolking voorkomt. Gezien de frequentie van voorkomen en het overzicht van de eerstelijns met betrekking tot de mogelijkheden van behandeling, dient de behandeling van chronische veneuze hypertensie en haar complicaties zich primair in de eerstelijns af te spelen. De huisarts stelt in principe de behandeling in, in samenspraak met de wijkverpleegkundige die verantwoordelijk is voor de wondverzorging.

Het hulpverleningsproces